Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)	
Référence à un protocole : **Oui** ☐ **non** ☒	***Date d'entrée en vigueur :*** 15 octobre 2009	***Date de révision prévue :*** 15 octobre 2012

Professionnels habilités à exécuter l'ordonnance :
Pharmaciens communautaires exerçant dans la région de Montréal (région 06) en collaboration avec les intervenants des centres d'abandon du tabagisme du territoire ou de la ligne j'Arrête.

Groupe de personnes visées :
Toute personne résidant à Montréal qui désire cesser l'usage du tabac à l'aide d'une thérapie de remplacement de la nicotine. Cette personne doit être résidente canadienne et détenir une carte d'assurance maladie valide ou être bénéficiaire du Programme fédéral de santé intérimaire.

Médecin signataire de l'ordonnance collective :
L'ordonnance devra être individualisée au nom de Dr Richard Lessard, directeur de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

INTENTION THÉRAPEUTIQUE :	• Cessation de l'usage du tabac • Réduction progressive de l'usage du tabac avant l'arrêt
CONDITIONS :	Le pharmacien évalue le statut tabagique de la personne et sélectionne la thérapie de remplacement de la nicotine selon les besoins du fumeur en fonction de l'ordonnance collective
ACTIONS :	Le pharmacien individualisant cette ordonnance collective doit : • sélectionner le médicament de remplacement de la nicotine et la posologie selon les préférences du fumeur, en fonction de l'ordonnance collective • donner au fumeur l'information appropriée au médicament sélectionné • le référer dans un centre d'abandon du tabagisme (CAT) et/ou à la ligne j'Arrête pour un suivi psycho-comportemental • surveiller la thérapie médicamenteuse • transmettre par télécopieur à l'intervenant CAT un rapport mentionnant le traitement choisi si la personne est d'accord En cas de problèmes ou pour toutes autres précisions, joindre le médecin de garde de la Direction de santé publique au 514-528-2400, poste 3523.

I. CONTRE-INDICATIONS

- Allergie aux diachylons (pour les timbres)
- Maladie cutanée généralisée (pour les timbres)
- Maladie bucco-dentaire sévère (pour les gommes)
- Hypersensibilité au menthol (pour l'inhalateur)
- Moins de 18 ans
- Infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral au cours des 2 semaines précédentes
- Angine instable ou sévère
- Arythmie sévère
- Grossesse ou allaitement

Mise en garde avec l'inhalateur : Possibilité de bronchospasme si asthme ou MPOC

II. PHARMACOTHÉRAPIE

- Timbres et gommes de nicotine couverts de manière concomitante par le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAMQ) si les 2 traitements débutent à la même date
- Timbres *Nicoderm* et *Habitrol* couverts par le RGAMQ
- Gommes *Nicorette* et *Thrive* couvertes par le RGAMQ
- Pastilles *Nicorette* et *Thrive* non couvertes par le RGAMQ
- Cartouches de nicotine non couvertes par le RGAMQ

A. Fumeurs de 10 cigarettes et plus par jour

Options :
1. Utilisation simultanée de deux médicaments
2. Utilisation d'un seul médicament
3. Utilisation consécutive de deux médicaments

1re option : Utilisation simultanée de deux médicaments

Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (semaines)
Timbre de nicotine	21 mg	1 timbre/24 h	1	4 à 6
	14 mg	1 timbre/24 h	1	4
	7 mg	1 timbre/24 h	1	2 à 4
et	**et 1 des choix suivants**			
gomme ou pastille ou cartouche de nicotine	1 gomme 2 mg	Gomme au besoin	24	12
	1 pastille *Thrive* 1 mg	Pastille au besoin	20	12
	1 pastille *Nicorette* 2 mg	Pastille au besoin	20	12
	1 cartouche	Cartouche au besoin	16	12

A. Fumeurs de 10 cigarettes et plus par jour

2e option : Utilisation d'un seul médicament

Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (sem.)
Timbres de nicotine	21 mg	1 timbre/24 h	1	4 à 6
	14 mg	1 timbre/24 h	1	4
	7 mg	1 timbre/24 h	1	2 à 4
Gommes de nicotine *≥ 25 cig./jour ou 1re cig. prise dans les 30 min suivant le réveil*	4 mg	1 gomme q 1-2 h ou au besoin	24	12
< 25 cig./jour ou 1re cig. prise plus de 30 min après le réveil	2 mg	1 gomme q 1-2 h ou au besoin	24	12
Pastilles de nicotine *≥ 20 cig./jour ou 1re cig. prise dans les 30 min suivant le réveil*	*Thrive* 2 mg	1 pastille q 1-2 h ou au besoin	20	12
	Nicorette 4 mg	1 pastille q 1-2 h ou au besoin	20	12
< 20 cig./jour ou 1re cig. prise plus de 30 min après le réveil	*Thrive* 1 mg	1 pastille q 1-2 h ou au besoin	20	12
	Nicorette 2 mg	1 pastille q 1-2 h ou au besoin	20	12
Inhalateur de nicotine	10 mg	1 cartouche au besoin	16	Jusqu'à 6 mois

3e option : Utilisation consécutive de deux médicaments

Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (sem.)
Timbre de nicotine	21 mg	1 timbre/24 h	1	4
	14 mg	1 timbre/24 h	1	3
	7 mg	1 timbre/24 h	1	2
suivi de	**suivi de 1 des choix suivants**			
gomme ou pastille ou cartouche de nicotine	Gomme 2 mg	1 gomme au besoin	24	3
	Pastille *Thrive* 1 mg	1 pastille au besoin	20	3
	Pastille *Nicorette* 2 mg	1 pastille au besoin	20	3
	Cartouche	1 cartouche au besoin	16	3

B. Fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour[(1)]

Fumeurs de 5 à 9 cigarettes/jour

Options :
1. Utilisation d'un seul médicament
2. Utilisation simultanée de deux médicaments

1re option : Utilisation d'un seul médicament

Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (sem.)
• Timbre de nicotine	14 mg 7 mg	1 timbre/24 h 1 timbre/24 h	1 1	8 4
• Gomme de nicotine 2 mg	1 gomme	q 1-2 heures ou au besoin	18	12
• Pastille de nicotine *Thrive* 1 mg *Nicorette* 2 mg	 1 pastille 1 pastille	 q 1-2 heures ou au besoin q 1-2 heures ou au besoin	 18 9	 12 12
• Inhalateur de nicotine	1 cartouche	1 cartouche au besoin	9	12

2e option : Utilisation simultanée de deux médicaments

Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (sem.)
Timbre de nicotine	14 mg 7 mg	1 timbre/24 h 1 timbre/24 h	1 1	8 4
et	**et 1 des choix suivants**			
gomme ou pastille ou cartouche de nicotine	Gomme 2 mg	1 gomme au besoin	4	12
	Pastille *Thrive* 1 mg	1 pastille au besoin	4	12
	Pastille *Nicorette* 2 mg	1 pastille au besoin	2	12
	Cartouche	1 cartouche au besoin	2	12

(1) Il n'existe pas de preuve de l'efficacité de la thérapie de remplacement de la nicotine chez les fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour. Il est donc recommandé d'ajuster la posologie selon le nombre de cigarettes consommées.

B. Fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour[1]

Fumeurs de 1 à 4 cigarettes/jour

Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (sem.)
Utilisation d'un seul médicament				
• Gomme de nicotine 2 mg	1 gomme	1 gomme au besoin	8	12
• Pastille de nicotine				
Thrive 1 mg	1 pastille	1 pastille au besoin	8	12
Nicorette 2 mg	1 pastille	1 pastille au besoin	4	12
• Inhalateur de nicotine	1 cartouche	1 cartouche au besoin	4	12

C. Réduction de consommation

Gomme de nicotine

■ *Fumeurs désirant un abandon graduel en préparation à un arrêt complet*

Traitement	Posologie	Durée de traitement
Gomme de nicotine 2 mg *(si < 25 cigarettes par jour ou première cigarette prise plus de 30 minutes après le réveil)* *ou* Gomme de nicotine 4 mg *(si ≥ 25 cigarettes par jour ou première cigarette prise dans les 30 minutes suivant le réveil)*	1 gomme au besoin selon l'objectif quant au nombre de cigarettes par jour que le fumeur souhaite éliminer et selon la date à laquelle il veut y arriver. (maximum : 20 gommes/jour)	Six premières semaines
	Réduction de consommation quotidienne de cigarettes de 50 % et réduction progressive jusqu'à ce qu'il se sente prêt à cesser complètement. (maximum : 20 gommes/jour)	Sixième semaine à la fin du quatrième mois
	Arrêt complet 1 gomme q 1-2 heures ou au besoin x 3 mois (maximum : 20 gommes/jour)	Quatrième au sixième mois



III. MODE D'EMPLOI

TIMBRE DE NICOTINE

- Le timbre doit être appliqué au réveil sur une zone sans poil entre le cou et la taille ;
- Les patients qui ont de la difficulté à dormir peuvent enlever le timbre 2 heures avant le coucher et en mettre un nouveau au réveil ;
- En cas d'éruption cutanée au site d'application, s'assurer que le patient change de site d'application à chaque jour. Si l'éruption persiste après 48 heures, consulter un médecin ;
- En cas d'activité physique exigeante, enlever le timbre 15 minutes avant et en replacer un nouveau par la suite.

GOMME DE NICOTINE

- La gomme doit être mastiquée deux ou trois fois, puis placée entre la joue et la gencive pendant une minute afin de favoriser l'absorption de la nicotine au niveau de la muqueuse buccale. Ceci doit être répété pendant 30 minutes. Il faut éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant la prise de la gomme afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine.

PASTILLE DE NICOTINE

- La pastille est placée dans la bouche et sucée lentement jusqu'à ce qu'un goût soit ressenti et ensuite gardée entre la joue et la gencive jusqu'à ce que le goût ait disparu. Il faut alors répéter pour une durée d'environ 30 minutes. Il faut éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant la prise de la pastille afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine.

INHALATEUR DE NICOTINE

- Inhaler durant 20 minutes. Il faut éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant la prise de l'inhalateur afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine ;
- Aviser de la possibilité d'irritation de la bouche et de la gorge, de la toux, de la rhinite.

Richard Lessard, M.D.
Directeur de santé publique

N° permis : 1-72268-5

Date : 7 octobre 2009

Cette ordonnance collective est disponible sur le site Internet de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal à www.santepub-mtl.qc.ca.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec

Formulaire de référence et de suivi pour la région de Montréal

Ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN)

Centres d'abandon du tabagisme (CAT)

CSSS de l'Ouest-de-l'Île
Tél. : 514 626-2572, poste 4463
Téléc. : 514 626-8813

CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
Tél. : 514 364-2572, poste 2240
Téléc. : 514 364-2336

CSSS du Sud-Ouest—Verdun
Tél. : 514 766-0546, poste 4891
Téléc. : 514 766-7443

CSSS Cavendish
Tél. : 514 484-7878, poste 3068
Téléc. : 514 485-6406

CSSS de la Montagne
Tél. : 514 273-3800, poste 6494
Téléc. : 514 380-8147

CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent
Tél. : 514 331-2572, poste 4455
Téléc. : 514 334-9451

CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
Tél. : 514 384-2000, poste 7324
Téléc. : 514 955-2600

CSSS du Coeur-de-l'Île
Tél. : 514 376-4141, poste 494
Téléc. : 514 722-7106

CSSS Jeanne-Mance
Tél. : 514 521-1320, poste 6557
Téléc. : 514 521-1886

CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
Tél. : 514 328-3460, poste 1260
Téléc. : 514 328-1310

CSSS Lucille-Teasdale
Tél. : 514 524-3544, poste 6102
Téléc. : 514 253-5340

CSSS de la Pointe-de-l'Île
Tél. : 514 642-4050, poste 399
Téléc. : 514 356-0637

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Tél. : 514 890-8000, poste 15983
Téléc. : 514 412-7573

Soutien téléphonique
Ligne j'Arrête
1 866 527-7383
Téléc. : 514 255-9856

Médecin signataire : Dr Richard Lessard, n^o^ permis 1-72268-5
directeur de santé publique

Renseignements sur le patient

Nom et prénom : ______________________________
Date de naissance : _____ / _____ / _____ (jj / mm / aa) NAM : ______________________
Adresse : ______________________________
Tél. principal : ____________________ Tél. secondaire : ____________________
Meilleur moment pour rejoindre : ☐ matin ☐ jour ☐ soir
Nom du médecin traitant : ______________________________

Profil tabagique de la personne

Fume depuis : _____ années N^bre^ cig. par jour : _____
Date prévue d'arrêt : ____________________
1re cig. < 30 min du réveil : ○ oui ○ non

Prise antérieure de TRN

Type : ____________________ Posologie : ______________ Durée : ________
Type : ____________________ Posologie : ______________ Durée : ________

Partie à remplir par le pharmacien

- J'ai initié la thérapie de remplacement de la nicotine suivante :

Type : ____________________ Posologie : ______________ Durée : ________
Type : ____________________ Posologie : ______________ Durée : ________

- Le patient accepte que le pharmacien transmette ses coordonnées pour un suivi :

M.D. ○ CAT ○ Ligne j'Arrête ○

Signature du pharmacien ____ Nom (lettres moulées) ____ N^o^ permis ____ Date ____

Nom de la pharmacie ____ Téléphone ____ Télécopieur ____

Partie à remplir par le CAT ou la ligne j'Arrête

- J'ai procédé à une intervention en cessation tabagique auprès de ce patient, et il désire obtenir une thérapie de remplacement de la nicotine.
- Veuillez vous référer à l'ordonnance collective pour les TRN.

Signature de l'intervenant ____ Nom (lettres moulées) ____ Date ____

Nom du CAT ____ Téléphone ____ Télécopieur ____

octobre 2009